

SALVADOR ACEVES.

METODOLOGIA
DE LA
ENSEÑANZA
DE LA
CLINICA.

PRESCINDIENDO de toda trascendental intención de filosofía cartesiana, método es el modo de decir o hacer con orden una cosa; el procedimiento que se sigue en una disciplina científica para hallar la verdad y enseñarla. Metodología sería conforme a la definición que la etimología, los diccionarios y el sentido común señalen, simplemente la ciencia del método.

Si el propósito final de la carrera del médico es adquirir capacidad para conocer las enfermedades y curarlas, aún cuando tenga oportunidad posteriormente de consagrarse a la investigación o a actividades conexas, la enseñanza esencial de la carrera del médico, es la enseñanza de la clínica, aunque de manera natural no se puede llegar a ella con provecho sin una buena preparación previa. De su importancia se deduce que sea substancial seguir en ella un método uniforme aun cuando no sea posible ni aconsejable un criterio rígido, acuñado, invariable, ni resulte adecuado proponerse que todos sustenten opiniones idénticas. Querer imponerlas sería ocioso, contranatural y nocivo pues el profesor de clínica tiene que enseñar fundamentalmente a recoger datos con exactitud, a valorarlos debidamente y a razonar de manera rigurosa acerca de ellos para concluir en el diagnóstico. Y el razonamiento, el talento, la experiencia son personales, aún cuando los métodos puestos en juego puedan ser análogos o aún idénticos.

El curso de Clínica en la actualidad es tan breve que se carece del tiempo indispensable para ir embuyendo lenta y perseverantemente como para que las enseñanzas vayan constituyendo principios persistentes y bases duraderas, firmes; normas en suma, para el aprendizaje y práctica de la clínica. Tan breve es que creo que pronto debe borrarse el caudal recibido tan intensivamente en lapso tan cfímero. A pesar de

que lo es y no obstante el grave inconveniente de ello no puede negarse la ventaja de que el breve período se dedique íntegramente a cada rama clínica e incorpore al estudiante la mayor parte del día al trabajo de un hospital y por unas semanas polarice y absorba su atención.

Ha de empezar el profesor por transmitir a sus alumnos la necesidad ineludible de una particular actitud humana frente a los enfermos, por ser semejantes y porque son enfermos: de simpatía, de comprensión, de tolerancia, que hará posible iniciar lazos derivados de una incipiente confianza amistosa sin la cual es difícil obtener los frutos del intercambio que el interrogatorio significa, o imposible alcanzar los dones inapreciables que pueda proporcionar.

Enseñará de manera objetiva haciendo el estudio personal de algún caso ya se dijo que preferentemente al principio del curso, como el interrogatorio proporciona a veces la mayor parte del diagnóstico, el diagnóstico en totalidad y como es necesario estudiar con profundo interés las molestias que el enfermo experimenta, pues no sólo constituyen el motivo de su mayor preocupación sino que, como datos objetivos que son, a veces resultan sobreestimados o subestimados, según el temperamento del enfermo o de acuerdo con su estructura psíquica en general y particularmente de su carácter y su patrón emocional. Este muchas veces se puede encontrar profundamente alterado a causa de la propia enfermedad que es motivo del estudio. El profesor enseñará a los alumnos que si bien de manera general debe conceder atención y dar importancia al relato del enfermo, cuando dicho relato de síntomas es notoriamente vacío, intrascendente, frondoso, e inútil, tendrá que detenerse la descripción o proceder por medio de interrogatorio concreto sin permitir desviaciones ociosas. Mostrará que si el paciente es reservado, introvertido y de pocas palabras debe tratar de inspirar confianza y obtener de él cuanto sea necesario y posible para el diagnóstico. Si el enfermo aparte de ser inteligente y discreto sabe describir satisfactoriamente sus síntomas de suerte que dé, por propia iniciativa, cuanto sea necesario para ir elaborando el diagnóstico, bastará ir recogiendo los datos y si acaso, hacer pequeñas, mínimas interrupciones aclaratorias, que revelen al paciente que tenemos la atención fija en su relato y estamos pendientes de cuanto dice. Terminado el primer caso estudiado en la clase y que servirá para fijar técnicas y criterios, el profesor seguirá examinando en cada clase un problema diferente, es decir, leyendo y comentando una historia distinta elaborada por los alumnos con los instructores a los cuales hayan sido asignados. En to-

dos estos casos el profesor hará el examen semiológico de los síntomas, comentará su aspecto, su valor diagnóstico, investigará su evolución; señalará su jerarquía, subrayará su asociación, establecerá los nexos existentes que asocian los síntomas en síndromes. Una vez agotados los datos del padecimiento actual, el análisis de cuya evolución permitirá saber si se trata de proceso agudo o crónico, se hará un interrogatorio sistemático de los demás aparatos y sistemas, no sólo posiblemente útil sino necesario de realizar, tanto si da datos positivos como si los entrega negativos. Así podrá saber si aparte del motivo concreto de nuestro estudio, el enfermo presenta o tiene otros que incluso pueden llegar a ser de importancia mucho mayor y cuyo desconocimiento sería inexcusable. Se estudiará también la repercusión que sobre el estado general hayan tenido el o los padecimientos del enfermo en estudio.

Terminados los datos clínicos referentes al estado actual de enfermedad del paciente, deberá pasarse de manera natural sin salto alguno, a los antecedentes de otras enfermedades del paciente que pueden estar estrictamente vinculados con la enfermedad actual o no estarlo de manera estrecha. Por ejemplo, en forma causal, como las amigdalitis de repetición y la fiebre reumática, como ésta y las valvulopatías y sus consecuencias; como el chancro y la neurosífilis o la aortitis o bien sólo a título de preparación o asociación como el paludismo y la tuberculosis. Después, rigurosamente después, vendrán los antecedentes personales no patológicos como los que se refieren a transgresiones de la higiene en cualquier forma que ellas se realicen: tabaquismo, alcoholismo alimentación defectuosa o al contrario, excesiva, vida sedentaria o muelle o trabajo extenuante, deportes agotadores, costumbres licenciosas, etc. Es hasta más tarde cuando se debe hacer el interrogatorio de antecedentes familiares que puede ser sumamente valioso desde muchos puntos de vista, ya propiamente genéticos o ya de modo más simple, como resultado de predisposición o como posibilidad de estar expuestos todos los miembros de una familia bajo el mismo techo, a agresiones morbosas comunes o porque, en forma familiar, cometen todos iguales transgresiones a la higiene, etc.

Una vez terminado el interrogatorio, agotada la fuente de conocimientos que depende del relato espontáneo o inducido del paciente, el profesor debe hacer un balance de cuanto esta fuente de conocimientos ha proporcionado, si ha sido útil el análisis semiológico de los síntomas, el profesor puede estar y deberá estar en condiciones de emitir un diagnóstico de presunción generalmente de tipo funcional, sindrómico,

ya que se trata de datos funcionales; pueden también ser etiológicos y en ocasiones incluso se puede aventurar una posibilidad nosológica. Todo ésto deberá hacerse en el terreno de las simples posibilidades, de las probabilidades o presunciones. En casos especiales el diagnóstico en su totalidad depende del interrogatorio y el resto de las exploraciones apenas si lo enriquecen un poco. Este diagnóstico sindrómico hecho con el interrogatorio servirá para mostrar a los alumnos hasta donde es útil en el proceso clínico una estricta y rigurosa semiología de los síntomas cómo el identificarlos primero, el analizarlos después y finalmente el asociarlos con nexos funcionales, ha sido por algo y para algo (no solamente como exhibición física debe hacerse partiendo de una posición diagnóstica definida. Se insistirá ante los alumnos en que como diagnóstico elaborado con una recolección parcial de elementos —los funcionales— debe tener solamente categoría de diagnóstico inseguro y en todo caso provisional. Que debemos en consecuencia estar dispuestos para modificar la hipótesis emitida si las otras fuentes de datos (la exploración física y los elementos adicionales de exploración funcional de laboratorios y gabinetes) les son adversas, sin las resistencias que naturalmente engendrarían una sensación de frustración o de error cometido o de apoyo en datos inconsistentes.

Esto enseñará a los alumnos que el único error imperdonable es empecinarse en una posición falsa, que la posibilidad de error la tenemos siempre cerca y que la única falta imperdonable es no reconocerlo y no aceptar con valor y honradez la necesidad de cambiar de posición diagnóstica. Servirá el acierto para señalar a los alumnos el valor de nuestros recursos y la fuerza de nuestra semiología y nuestro método y el error para poner en evidencia ante ellos cómo muchas veces se puede equivocar el camino aun intentando tomar las referencias e índices más exactos. Se puede aprovechar para hacerlos ver que lo único que resultaría intolerable sería la falta de honradez intelectual y la transgresión de la honestidad mental.

Con el diagnóstico de presunción que es parte del proceso clínico aún cuando no figure necesariamente escrito en la historia clínica, se cierra el interrogatorio.

Se llevará a cabo, después una exploración física a la vez general y minuciosa; debe realizarse sin excepción de cabeza a pies, cuidadosa, exhaustiva, de ninguna manera circunscrita al órgano que por el interrogatorio hayamos supuesto enfermo aunque, de manera natural, en el órgano, aparato o sistema en cuestión, nos detengamos más.

Con la exploración física podemos haber confirmado el diagnóstico de presunción, haberlo rectificado o haberlo enriquecido con la adquisición de inesperados elementos nuevos.

Deberá pasarse luego al estudio de los datos adicionales que haya podido proporcionar gabinetes y laboratorios. No debe prescindirse de ninguno que pueda ser útil, si alguno importante falta, se comentará su importancia y el hueco que podría haber llenado en caso de que hubiera existido. Cada vez esta parte del estudio es más nutrido y las perspectivas que ofrece para el futuro parecen ilimitadas. De su ayuda debe usarse con tanta largueza como sea posible aunque a veces en este capítulo se incurra en abuso. Se evaluará bien el dato indispensable, se estimará justamente el dato necesario, se justipreciará el simplemente útil o complementario y no dejará de señalarse el carácter ocioso o superfluo del que merezca tal designación, si es que antes ha sido solicitado por otro clínico o por el Servicio de hospital en el cual se atiende al paciente..

El cotejo riguroso de los datos propiamente clínicos y aquellos que de el laboratorio es siempre indispensable.

Pero entre el equipo hipertrófico y tremendamente oneroso de la moderna medicina actual de Instituciones cuyo manejo interesa enseñar a los médicos jóvenes, ya que un gran número tendrán que trabajar en ellas, hay también máquinas que pueden aligerar su carga. Tales, por ejemplo, las computadoras electrónicas que si bien es cierto que no pueden ni tal vez podrán nunca realizar o substituir el razonamiento inductivo que conduce al diagnóstico, si pueden proporcionar los apoyos estadísticos y aún los elementos bibliográficos que auxilien eficazmente en la solución de un problema en estudio.

Reunidos los datos de interrogatorio de exploración física y el contingente más o menos caudaloso de estudios y pruebas funcionales y datos de laboratorio en general, se estará en condiciones de elaborar y emitir un diagnóstico.

Se tendrá siempre en cuenta que el diagnóstico puede escapar y perderse por cualquiera de las siguientes causas contra las cuales se pondrá siempre en guardia a los alumnos: la *ignorancia* que puede ir desde la que por magnitud no puede alcanzar tolerancia, atenuante o disculpa, hasta la ignorancia relativa que se refiere al desconocimiento de publicaciones recientes sobre algún aspecto especial de la medicina. Se subrayará que otra causa de que el diagnóstico se pierda es el *examen defectuoso o incompleto*, ya sea a causa de pereza o por falta de habi-

lidad del explorador, ya a condiciones desfavorables de examen por incomodidad de quien lo realiza, por la iluminación defectuosa, etc. Por último, por *error de juicio* del clínico que no ha usado ni buenos conocimientos, ni sólida experiencia, ni buen razonamiento inductivo o bien ha sido víctima de obsesión o temor de contradecir su actitud anterior o la expresión de opiniones distintas previamente emitidas. Esto último implica por lo tanto, la más grave causa de error, la que depende de falta de probidad profesional.

Naturalmente hay muchas maneras de expresar diagnósticos y es muy posible que cada profesor tenga su estilo o patrón personales y por tanto preferidos. También lo es que al diagnóstico, como se haya expresado, no le pueden oponer objeciones o reservas, pero siendo la historia la base de la investigación clínica conviene en lo posible uniformarla y frente a la ventaja de la uniformidad de la expresión y por lo tanto frente a la facilidad de codificación y archivo que hace fecunda la historia como fuente de posibles trabajos futuros de investigación, bien vale la pena pasar por alto los inconvenientes accesorios que tenga la adopción de una forma relativamente invariable. La que después propongo ha sido adoptada por muchas organizaciones extranjeras y por varias instituciones en nuestro país.

Realizado el estudio del caso que concluye en el diagnóstico, es indispensable llamar la atención sobre el hecho de que no basta haber hecho un buen estudio clínico, que es preciso además consignarlo y expresarlo en una buena historia clínica que es y será la base del buen diagnóstico primero y después del buen archivo.

En la historia clínica se consignará el fruto de nuestro estudio en forma clara, explícita correcta, ordenada y siempre con un mismo orden que permita constituir un hábito.

Se empezará por la ficha de identificación, se seguirá por los antecedentes hereditarios y familiares, se continuará con los personales no patológicos, luego los personales patológicos y a continuación el estado actual.

Debe explicarse a los alumnos las razones que justifican que los datos no se consignen en la historia exactamente en el orden en que se han recogido del enfermo.

Naturalmente la culminación y remate del estudio clínico y de la historia, que es su relación coherente y organizada, es el diagnóstico que se expondrá como sigue:

1. Diagnóstico anatómico (Órgano, Aparato o Sistema Enfermo y tipo de lesión).
2. Diagnóstico Fisiopatológico o Funcional (Función Perturbada, Síndrome Contruido),
3. Diagnóstico Etiológico (Causa o Causas de la Enfermedad).
4. Diagnóstico Integral, incluyendo cuando sea posible, el Nosológico.

Después de la enunciación de los diagnósticos puede y aún debe agregarse una nota como discusión o comentario en la que se expongan los razonamientos y bases que han permitido hacerlos y que, por regla general, han sido expuestos por el profesor o el instructor, al realizar el estudio clínico consignado en la historia.

Por último es conveniente, aconsejable aún debiera ser considerado como necesario, un apéndice terapéutico con el consejo y guía del instructor, y que será siempre comentado por el profesor, ya que la mejor y casi la única manera de enseñar terapéutica es asociándola con los problemas que intenta resolver, con los síntomas, síndromes o enfermedades que debe mejorar, corregir, o curar en el paciente cuyos males hemos conocido y estudiado.